

Solicitud de transferencia

Family Member Number:

Sus planes actuales son:

Teléfono de su casa:

Para encontrar un médico o dentista personal o
Para averiguar si su médico participa en un plan:

- ▶ Llame al plan al número gratis anotado en la Hoja de datos personales o
- ▶ Visite el sitio web de Healthy Families en www.healthyfamilies.ca.gov o llame al 1-888-439-4741

Teléfono del trabajo:

Para cambiar de planes, seleccione entre los planes disponibles de la Hoja de datos personales y escriba el nombre del plan nuevo abajo:

Nombre del plan

- 1. Plan de seguro médico nuevo** _____
- 2. Plan de atención dental nuevo** _____
- 3. Plan de cuidado de la vista nuevo** _____

Le avisaremos si cambiará la cantidad de su cuota.

Si está cambiando de planes y quiere elegir un nuevo médico, dentista u optometrista para los afiliados, escriba el nombre en el espacio de abajo:

4. Nombre de la persona	Médico nuevo	Dentista nuevo	Optometrista nuevo

**Llene esta sección SÓLO si seleccionó el
Plan de poblaciones especiales**

- 5.** Soy trabajador de temporada o migratorio y en los 24 meses anteriores he tenido alguno de los siguientes trabajos:

Agrícola Forestal Pesquero

o

Soy indio americano

Por favor devuelva este formulario y la Encuesta de satisfacción del cliente (atrás de este formulario) en el sobre incluido a más tardar el 31 de diciembre de 2008 a:



Healthy Families Program
P.O. Box 138010
Sacramento, CA 95813-8010

- 6. Resolución de disputas:** Cada plan tiene sus propias reglas de resolución de disputas sobre la prestación de servicios y otros asuntos. Algunos planes dicen que usted debe usar arbitraje obligatorio para las disputas; otros no. Algunos planes dicen que las reclamaciones por negligencia deben decidirse con arbitraje obligatorio; otros no. Si el plan que usted elija requiere arbitraje obligatorio, usted cede su derecho a un proceso por jurado y no podrá exigir que su disputa se resuelva ante un tribunal. Para averiguar más acerca de cómo el plan resuelve las disputas, usted puede llamar al plan o leer el Manual de HFP o vaya a: www.healthyfamilies.ca.gov.

- 7.** Autorizo el cambio en la afiliación de las personas anotadas arriba y certifico que la información que he dado es correcta.
Entiendo que es posible que un cambio de planes cause un cambio en cuotas.

Firma

Fecha